ホチキス位置

様式第一（第一条関係）

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収　入　印　紙　欄
（収入印紙は消印しないで下さい）

薬　剤　師　免　許　申　請　書

平成 令和		年		月施行	第		回国家試験	薬剤師合格	受験地		合格証書番号	

１～４の有無について**必ず**該当するどちらかを〇で囲むこと。

１．罰金以上の刑に処せられたことの有無。（有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日）
有・無

２．薬事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。（有の場合、違反の事実及び年月日）
有・無

３．旧姓併記の希望の有無。
有・無

４．過去に薬剤師免許を有していたことの有無。（有の場合、登録番号）
有・無

上記により、薬剤師免許を申請します。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

本籍（国籍等）	**都道府県**	生年月日	**昭和・令和 平成・西暦**	年	月	日

住所	〒　　**都道府県**
電話	（　　）

ふりがな	（氏）	（名）	性別	男
氏名				女
	（旧姓）		通称名	

厚生労働大臣　殿

（注意）
1　用紙の大きさは、Ａ４とすること。
2　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
3　領収証書は、裏面に貼ること。

受付都道府県番号

薬剤師免許申請書

氏名	（氏）	（名）	個人番号												